PRIX DE RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE 2004

# Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I)

## Conception d'un test et validation de son usage.

**Philippe Binder*, Francis Chabaud****

Le suicide des jeunes est un problème de santé publique, même s'il n'est pas nouveau.[1] Actuellement, près de 1 000 jeunes de 15 à 24 ans en meurent chaque année en France ; c'est la 2e cause de mortalité à ces âges. Mais les tentatives sont beaucoup plus nombreuses avec environ 50 à 90 tentatives pour 1 décès ;[2,3] elles concernent 9 % des adolescents entre 14 et 19 ans en moyenne nationale.[4] On observe cependant des variations selon l'âge ou la région : ainsi 7,5 % des garçons et 15 % des filles de 3e ou de 2de de Charente-Maritime ont déclaré avoir fait des tentatives, dans l'enquête LYCOLL portant sur 3 872 adolescents.[5,6] Celles-ci restent assez peu connues de l'entourage[7,8] et très largement sous-médicalisées (*v.* tableau 1).[6,9] Rappelons que le suicide est un motif extrêmement rare en consultation : environ 4 pour 10 000.[10] Cependant, les suicidants consultent un généraliste plus souvent que les non-suicidants, notamment les filles,[11] soit pour des plaintes somatiques,[12] soit pour des plaintes psychologiques qui seraient 3 à 4 fois plus fréquentes que chez les non-suicidants.[13] Mais ces dernières plaintes restent rares, car la sollicitation du généraliste pour des questions « psy » ne dépasse pas 6 % des consultations des 12-20 ans.[14] Il n'en reste pas moins que 87 % des adolescents ayant fait des actes suicidaires et non pris en charge à ce titre ont consulté un généraliste pour d'autres motifs (tableau 1).[6]

Le généraliste a donc un rôle important à jouer ; depuis longtemps, certains auteurs[1,7,8,15] insistent sur une nécessaire amélioration de la formation.[2,16] La conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire a d'ailleurs repris cette nécessité, « il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide », demandant que « le praticien puisse utiliser des outils de repérage adaptés » mais en l'orientant de manière plus ciblée : « développer des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes ».[17] Plusieurs études ont montré la difficulté particulière du praticien à identifier les conduites à risque ou à gérer ces rencontres[18] ou sa tendance à trop rapporter les comportements suicidaires aux états dépressifs.[19] De nombreuses situations à risque n'ont pas les caractéristiques attendues[20] et la moitié des décès auraient lieu en l'absence d'un état dépressif caractérisé.[21] De plus, les généralistes ne percevraient pas les indices de passage à l'acte,[18] alors qu'ils se multiplient dans la période le précédant.[22] Ainsi l'abord, en médecine générale, de la question du risque suicidaire se heurte à de nombreuses difficultés

** Médecin généraliste, coordonnateur du groupe ADOC, MG, Lussant 17430. Le groupe ADOC (Charente-Maritime) est composé de 17 généralistes : Drs Barrier, Bisson, Caron, Cavaro, Dezeix, Lebigre, Lecroart, Masse, Michonneau, Morillon, Prieur, Rechard, Reynaud, Sorbe, Valette, Vandier, et 3 psychiatres : Drs Arbitre, Cornuault, Vicens. Courriel : phibin@wanadoo.fr*
*** Médecin épidémiologiste, directeur de l'Observatoire régional de la santé du Poitou-Charente.*

Répartition des types de prises en charge des adolescents suicidants (enquête LYCOLL échantillon de 3e et de 2de)

| A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE N = 404 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ▮ Recours aux soins pour la tentative de suicide : 31 % | | | ▮ Sans recours aux soins pour la tentative de suicide : 69 % | |
| Hôpital | Généraliste libéral | Psychiatre libéral | A consulté un généraliste dans l'année pour un autre motif : 60 % | N'a pas consulté |
| 20 % | 6,5 % | 4,5 % | | 9 % |

Tableau 1 *D'après les réf 5 et 6.*

dont la première est celle du dépistage. C'est celle-ci que nous avons essayé de résoudre.

## LA DÉMARCHE DES MÉDECINS « ADOC »

En 1999, un petit groupe de médecins généralistes, associé à une équipe départementale de prévention, avait participé activement à la conception et à la réalisation d'une enquête en population générale auprès d'un échantillon (n = 3 872) représentatif d'élèves de 3e et de 2de toutes orientations confondues, de la Charente-Maritime. Cette enquête, nommée « LYCOLL », a été réalisée en partenariat avec l'Unité 472 de l'Inserm, l'ORS Poitou-Charente, l'Éducation nationale et des professionnels de terrain.[5] Cette enquête avait mis en évidence l'importance locale du phénomène du suicide et le nombre élevé de suicidants qui consultaient un généraliste pour divers motifs.

Face à cette situation, et s'appuyant sur les recommandations de la conférence de consensus,[17] un appel fut lancé par courrier à l'ensemble des généralistes et des psychiatres libéraux du département pour développer des solutions applicables en médecine de ville. À la suite des réponses, 17 généralistes et 3 psychiatres de ville ont constitué une équipe nommée « groupe ADOC » (ADOlescents et Conduites à risque). Son objectif était, sur 3 ans, de mettre au point et d'évaluer des outils aisément transmissibles, particulièrement adaptés au dépistage, à l'accueil, à la prise en charge ou à l'orientation des adolescents à risque suicidaire en médecine libérale. Le groupe s'est organisé en réalisant un constant aller-retour entre le savoir, la clinique, la recherche, la communication et l'établissement de relations avec les institutions. Le support financier était assuré par le FAQSV régional.

### Identifier les résistances

La première tâche a été d'identifier les freins au dépistage. L'examen de la littérature a permis de cerner les principaux d'entre eux et d'y apporter les réponses les plus adaptées.

**Avoir des idées suicidaires n'est-il pas un phénomène « normal » à l'adolescence ?** Non, car plus des 2/3 des jeunes scolarisés en 2de déclarent n'avoir jamais eu d'idées suicidaires.[6] Cet état traduit toujours une souffrance, temporaire ou durable, et témoigne soit d'une fragilité relationnelle ou identitaire, soit d'une incapacité à supporter la frustration, la séparation ou les variations de tensions psychiques internes.[23]

**Certains ont des idées, ce sont les autres qui passent à l'acte ;** la connaissance des idées ou des lointains antécédents suicidaires est-elle vraiment prédictive ? Oui, dans l'enquête LYCOLL,[6] 86,5 % des adolescents suicidants ont déjà eu des idées suicidaires contre 24,3 % chez les non-suicidants. De plus, le risque de décès est fortement lié à l'existence d'antécédents de tentatives.[24] Chez les garçons adolescents, par exemple, il est 7 fois plus élevé dans les 10 ans qui suivent la tentative.[25,26]

**Parler du suicide n'a-il pas tendance à le provoquer ?** Non, car l'expérience montre que cette idée reçue ne se vérifie pas.[23]

**L'adolescent doit être mal à l'aise pour répondre à une question aussi intime ;** n'aura-t-il pas tendance à cacher la vérité ? L'adolescent peut nier, mais il aura repéré un praticien attentif et ouvert à cette question. Ce médecin devient alors un recours potentiel. L'expérience montre que ce « repérage » par l'adolescent peut débloquer ultérieurement des situations par un recours plus rapide.

**En parler n'engage-t-il pas le médecin à commencer aussitôt une prise en charge lourde ?** Pas forcément, car les antécédents suicidaires peuvent être anciens et les problèmes qui leur étaient liés, résolus, l'adolescent en parlera facilement ; il est alors aisé au praticien de positiver le parcours.

L'adolescent peut aussi évoquer le suicide plus ou moins dramatiquement et mettre le médecin mal à l'aise sur cette question pour laquelle il se sent impuissant. Mais il y a rarement urgence lors d'un dépistage. Un rendez-vous proposé ultérieurement peut donner le temps de la réflexion, tant pour le médecin que pour l'adolescent, préparant un suivi ambulatoire, voire un éventuel accompagnement conjoint par un service spécialisé.[27]

**Il semble donc toujours positif d'évoquer les idées ou les actes suicidaires ;** mais 94 % des consultations n'ayant pas de motif psychologique,[13] un outil d'aide au questionnement est nécessaire. Cet outil doit pouvoir augmenter, en toute occasion, la sensibilité clinique du médecin à ces questions.

La construction de cet outil est décrite ci-dessous.

## MÉTHODE

Une analyse de la bibliographie n'a pas permis de trouver des travaux pertinents et validés concernant les moyens du dépistage simple du risque suicidaire dans le cadre de la médecine générale. Rappelons que les utilisations d'échelles se sont avérées décevantes.[24] Les recommandations sont nombreuses mais elles restent globales et générales,[27,28] ou sous forme de questions précises issues de la clinique,[29] mais non validées. Le dépistage est toujours abordé par un questionnaire relativement long nécessitant une fiche de rappel ou un dossier, plus utile à l'élaboration ou à l'approfondissement d'un profil clinique qu'à la mise en alerte du médecin. Notons une tentative d'élaboration d'un questionnaire plus proche de la pratique généraliste comportant cependant[21] questions, mais dont le choix était subjectif et l'application non évaluée.[30]

Dans d'autres domaines, comme celui de l'alcool, il existe des méthodes plus achevées mais difficilement transposables aux conduites suicidaires.[31]

### Cahier des charges

Le groupe a donc élaboré un cahier des charges adapté à l'exercice de la médecine générale : sélectionner 3 à 6 questions, suffisamment simples pour éviter d'utiliser un support de rappel, banales pour être posées en toutes circonstances tant aux filles qu'aux garçons, sensibles pour révéler des antécédents suicidaires (et non le risque en cours), et spécifiques pour éviter les faux positifs. Pour cela nous avons traité les données de l'enquête LYCOLL[6] les plus liées aux antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide déclarés. L'analyse était suivie par un médecin épidémiologiste pour le traitement des données et un pédopsychiatre universitaire pour le contrôle de leur interprétation.

### Données utilisées

Plus de 100 items sur les 273 de l'enquête LYCOLL différenciaient statistiquement les non-suicidants des suicidants. On trouve les éléments cités dans la plupart des publications. Pour leur exploitation, les grands chapitres de la base de données ont été repris : la scolarité, le corps et la santé, les consommations, la famille, les loisirs. Cependant, pour le tri, les items ont été répartis de façon à croiser des données quantitatives et qualitatives. Sur le plan quantitatif, les situations concernant le niveau corporel, psychique et sociorelationnel ont été retenues afin de couvrir des champs les plus diversifiés. Sur le plan qualitatif, les éléments d'état où le sujet est plutôt passif ou contraint ont été dissociés des éléments où le sujet est un tant soit peu participatif ou qui évoquent déjà des choix personnels.

Progressivement 6 thèmes aisés à aborder en consultation tout venant ont été déterminés (tableau 2).

Dans le niveau sociorelationnel, il a semblé plus pertinent d'aborder le ressenti des relations, notamment la tension ou le stress, que des éléments descriptifs. Comme les motifs de consultation sont essentiellement somatiques, il n'a pas semblé pertinent de rajouter les plaintes somatiques dans le dépistage systématique. Les 5 thèmes restant ont donc été sélectionnés pour concevoir 5 questions.

Pour définir précisément les questions à poser, et parce qu'il est illusoire et impraticable d'aborder directement des questions sur le suicide lors de consultations de routine en médecine générale, il est apparu nécessaire d'établir deux niveaux de préoccupations :
– le premier est celui d'une mise en alerte, ce sont les questions « d'ouverture » ;
– le second augmente la précision par un critère de gravité, ce sont les questions « clés ».

Les 6 thèmes initialement retenus

| | Situation plutôt imposée ou passive | Situation à niveau plutôt participatif |
|---|---|---|
| Niveau corporel | accidents, agressions | plaintes somatiques |
| Niveau « psychique » | sommeil | consommation de tabac |
| Niveau sociorelationnel | famille | école, amis |

Tableau 2

## RÉSULTATS : LE TEST « TSTS » ET LE « CAFARD »

### Les questions d'ouverture : « TSTS »

On propose donc d'aborder les thèmes sélectionnés en formulant les questions d'ouverture suivantes :
– Traumatologie ➞ « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
– Sommeil ➞ « As-tu des difficultés à t'endormir le soir?»
– Tabac ➞ « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
– Stress scolaire ou familial ➞ 2 investigations en une formulation « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif. On s'en souviendra avec le sigle TSTS.

### Les clés de gravité : « CAFARD »

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots-clés »
– Difficultés de sommeil ➞ Cauchemars : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »
– Antécédents traumatiques ➞ Agression : « As-tu été victime d'une agression physique ? »
– A déjà fumé du tabac ➞ Fumeur : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
– Travail scolaire avec stress ➞ Absentéisme : « Es-tu souvent absent, ou en retard à l'école ? »

## Proportions de suicidants répartis sur trois niveaux, définis selon les réponses aux questions

| POURCENTAGE DES SUICIDANTS (A DÉJÀ FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE) PARMI LES RÉPONDANTS À CES SITUATIONS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | NIVEAU 1 RÉPONDANT NON | | NIVEAU2 RÉPONDANT OUI | | | NIVEAU 3 RÉPONDANT OUI | |
| | Garçons | Filles | Garçons | Filles | | Garçons | Filles |
| Accident de la circulation dans l'année p > 0,005 | n = 1744 6,5 % | n = 1 682 14,5 % | n = 1 148 10 % | n = 827 19 % | Antécédent d'agression p > 0,001 | n = 486 16 % | n = 266 31 % |
| A souvent du mal à s'endormir p > 0,0001 | n = 1 112 5 % | n = 795 11 % | n = 812 11 % | n = 997 18 % | Cauchemars souvent p > 0,0001 | n = 78 33 % | n = 258 34 % |
| A déjà fumé p > 0,0001 | n = 527 2 % | n = 410 4,4 % | n = 1 349 9,5 % | n = 1361 19 % | Fume > 5 cigarettes/ j p > 0,0001 | n = 532 15,6 % | n = 467 28 % |
| Souvent stressé par le travail scolaire p > 0,0001 | n = 1472 5 % | n = 1142 11 % | n = 454 15 % | n = 655 21 % | Absentéisme scolaire p > 0,001 | n = 189 28 % | n = 199 32 % |
| Dit avoir un « vie de famille tendue » p > 0,0001 | n = 1452 4,5 % | n = 1191 10 % | n = 425 17 % | n = 590 25 % | « Famille désagréable » p > 0,05 | n = 259 23 % | n = 353 33 % |

**Tableau 3** Les niveaux de significativité des tests « khi2 » sont donnés pour les différences entre chaque niveau.

– Une vie de famille tendue ➙ Ressenti Désagréable familial « Dirais-tu que ta vie familiale est Désagréable ? »
On s'en souviendra avec l'acronyme CAFARD.

## Évaluation du test à partir des réponses de l'enquête Lycoll

À partir des taux de réponses des suicidants dans l'enquête LYCOLL, nous pouvons évaluer statistiquement l'augmentation des fréquences d'antécédents d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide selon les réponses. Elles sont présentées dans le tableau 3 et les figures 1 et 2.

Dans le tableau 3 figurent les données chiffrées des proportions de suicidants répartis sur 3 niveaux, définis selon les réponses aux questions. Pour chaque sexe, toutes les différences entre les niveaux sont statistiquement significatives.

Les graphiques de la figure 1 ont été construits à partir des données des adolescents ayant eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide. Ils montrent de façon plus démonstrative le lien progressivement plus fort qui s'établit entre les réponses aux questions et les antécédents suicidaires. Cela est particulièrement net chez les filles.

Le graphique de la figure 2 construit à partir des cumuls des réponses aux questions montre que :
– la fréquence d'antécédents d'idées ou de tentatives de suicide chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans qui ne sont pas concernés par l'ensemble des situations évoquées par le sigle « TSTS » est très faible (< 8 %) ;
– elle s'élève de façon significative et atteint la moitié des adolescentes filles concernées par deux situations d'ouverture ou une situation d'ouverture avec sa clé ;
– parmi les jeunes répondant par l'affirmative à 3 questions clés du CAFARD, 1 sur 2 a déjà fait une tentative de suicide et plus de 3 sur 4 ont déjà eu des idées suicidaires.

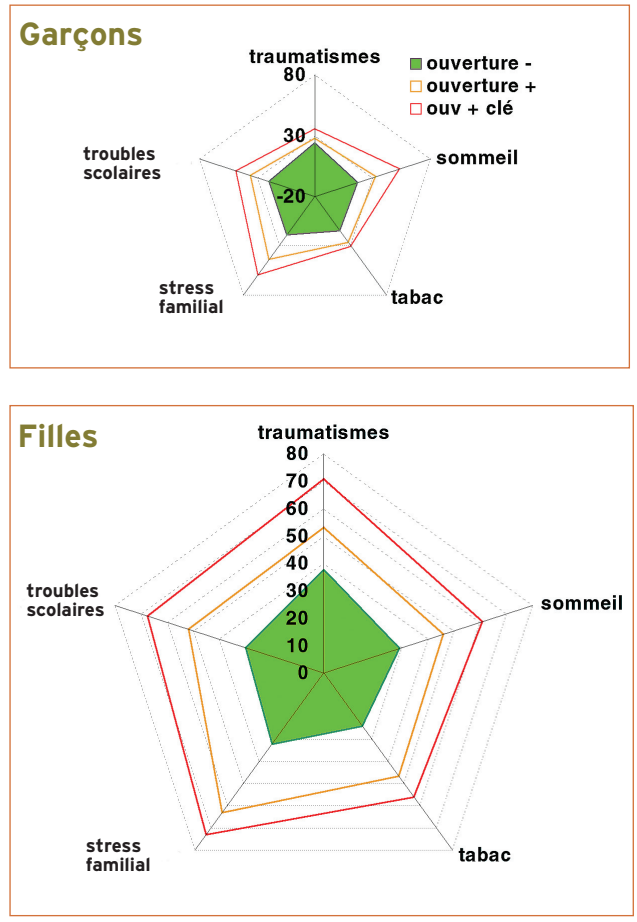


**Figure 1** **Idées ou actes suicidaires.** Répartition selon les réponses aux questions d'ouverture et clés (en %). En vert : la fréquence de jeunes ayant eu des idées ou des actes suicidaires ayant répondu négativement aux questions d'ouverture TSTS ; en jaune : ceux qui ont répondu positivement ; en rouge ceux qui ont, en plus, répondu positivement aux questions clés CAFARD.

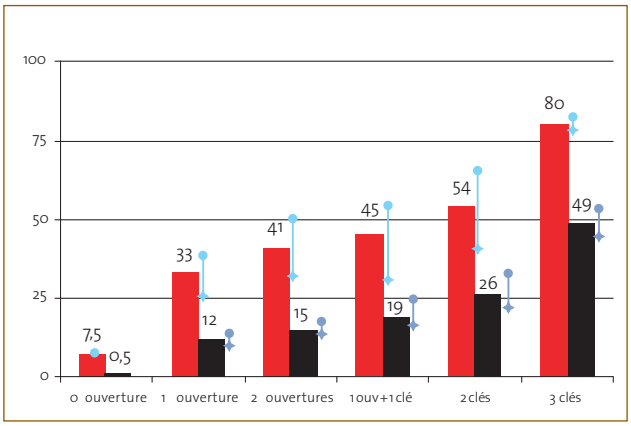


**Figure 2** **Idées ou actes suicidaires.** Répartition selon le nombre et l'association de réponses positives (en %)
En rouge : le taux de suicidaires (idées ou actes suicidaires).
En noir : le taux de suicidants (tentatives de suicide)
En trait bleu : écart selon le sexe ; filles vers le haut ; garçons vers le bas.

## Validité statistique

**Sensibilité du test.** Il reste cependant à déterminer s'il existe des suicidants non dépistés par ces questions. Le calcul montre que parmi les 415 jeunes suicidants, seuls 3 (0,7 %) répondaient négativement à toutes les questions d'ouverture, et parmi les 793 qui n'ont eu que des idées suicidaires, seuls 23 (2,9 %) étaient dans le même cas. La sensibilité du test aux questions d'ouverture (capacité à dépister le plus grand nombre) est donc importante, ce qui est la première qualité demandée à un test de dépistage.

**Complémentarité des questions clés.** C'est la recherche de l'éventuelle concordance entre les items du CAFARD. Le coefficient kappa a été utilisé ; celui-ci l'est habituellement pour évaluer la qualité interjuge d'un outil. Dans ce cas, la concordance est le fait que 2 cliniciens donnent les mêmes diagnostics pour les mêmes patients. Dans notre cas, on utilise le coefficient kappa pour mesurer la concordance entre les différents items du CAFARD, 2 à 2, c'est-à-dire pour évaluer la proportion de même réponse par les mêmes individus à 2 questions différentes (en tenant compte du hasard). Cela évalue la redondance des questions. Les seuils retenus étaient : une valeur inférieure à 0,5 met en évidence une absence de concordance entre 2 items de l'outil ; une valeur comprise entre 0,7 et 0,9 met en évidence une concordance forte entre les 2 items.[31] Les résultats obtenus figurent dans le tableau 4. Ils montrent qu'il n'y a pas de concordance entre les différents items du CAFARD qui ne sont donc pas redondants entre eux.

### Étude de la concordance des items du test CAFARD

| CONCORDANCE ÉTUDIÉE | COEF. | CONCLUSION kappa |
|---|---|---|
| Fréquents cauchemars/agression | 0,07 | Pas de concordance |
| Agression/fumer au moins 5 cigarettes/j | 0,14 | Pas de concordance |
| Fumer au moins 5 cigarettes/j souvent en retard ou absent | 0,15 | Pas de concordance |
| Souvent en retard ou absent/ vie de famille plutôt désagréable | 0,13 | Pas de concordance |
| Fréquents cauchemars/vie de famille plutôt désagréable | 0,12 | Pas de concordance |

**Tableau 4**

## CONCLUSION

La fiabilité théorique du test étant d'un niveau correct, il paraît légitime de proposer aux praticiens de s'enquérir systématiquement d'antécédents d'idées ou d'actes suicidaires chez tout adolescent répondant positivement à au moins 2 questions du test. En effet, en répondant positivement à 2 questions du TSTS ou du CAFARD, ou à une de chaque niveau, il y a au moins 50 % des filles et plus de 30 % des garçons qui, dans ce cas, ont des antécédents d'idées ou d'actes suicidaires.

Mais cette conclusion issue d'un travail statistique en population générale d'adolescents de 3e et de 2de est-elle applicable en clientèle de médecine générale ? Il restait à l'expérimenter par des confrères n'ayant pas travaillé sur le projet auprès de leurs consultants adolescents tout-venant. C'est l'étude qui sera présentée dans l'article suivant « Audit clinique de 40 généralistes ». ■

**SUMMARY To detect teenagers' suicide behaviour. Elaboration of a test and its validation**

**Context :** General practitioner is used to be consulted by teenagers who have already had suicide ideas or attempted suicide and who were not been taking care for. The most of the time the GP doesn't know their antecedents; but as they are at risk to do it again, it's important to detect them.

**Objective :** to elaborate and to validate a test to detect teenagers' suicide behaviour.

**Method:** after participating to a survey (Lycoll) which included 3 872 teenagers, 17 GPs and 3 psychiatrists (ADOC) created a screening test to be used by GPs. It was a questionnaire, named TSTS, with 4 questions completed by 5 items to explore the troubles' severity. Then, this test has been experienced among 38 GPs who didn't know it before. This study has been done as a clinical audit. Each physician has been visited by a research clinical assistant who had been taught for it, to estimate the screening of suicide ideas or attempted suicide before and after taking knowledge of the test.

**Results :** results indicate a very good acceptability of this screening tool which has been used for 60% of teenagers' office visits. It allowed to guide a large number of visits towards preoccupations which were different from the initial one and to detect suicide antecedents among 13% teenagers "tested" among whom 2/3 had already seen a GP.

**Conclusion :** this test is recommended to GPs in usual practice to detect teenagers at suicide risk.

*Rev Prat 2007;11:1187-99*

**RÉSUMÉ Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I). Conception d'un test et validation de son usage**

**Contexte :** le généraliste est régulièrement consulté par des adolescents ayant eu des idées ou des actes suicidaires non pris en charge. Leurs antécédents sont le plus souvent ignorés du médecin ; mais comme ils sont des facteurs de passage à l'acte, il est important de les dépister.

**Objectif :** concevoir un test et valider son usage pour dépister les conduites suicidaires des adolescents.

**Méthode :** après avoir participé à une enquête (Lycoll) organisée auprès de 3 872 adolescents de 3e et de 2de, puis analysé les résultats, un groupe de 17 généralistes et de 3 psychiatres (ADOC) a conçu un test de dépistage et son argumentaire destiné aux médecins libéraux. Il s'agissait d'un questionnaire appelé « TSTS » composé de 4 questions complétées de 5 items clés de gravité. Ce test a été expérimenté auprès de 38 généralistes tirés au sort dans un département voisin afin d'évaluer son efficacité. Ce travail a été effectué par le biais d'un audit clinique mené par un organisme indépendant. Chaque médecin a fait l'objet de plusieurs visites individualisées par un attaché de recherche clinique ayant reçu une formation, pour évaluer le dépistage des idées ou des actes suicidaires avant et après connaissance du test.

**Résultats :** les résultats montrent une excellente acceptabilité de cet outil de dépistage qui a pu être utilisé dans 60 % des consultations tout-venant. Son utilisation a permis d'orienter un grand nombre de consultations sur des préoccupations éloignées du motif initial et de dépister des antécédents suicidaires chez 13 % des adolescents « testés » dont les 2/3 avaient pourtant déjà été vus par le généraliste. L'utilisation de ce test a été variable selon le profil du médecin.

**Conclusion :** ce test est proposé aux médecins généralistes en pratique quotidienne pour dépister les adolescents à risque suicidaire.

## RÉFÉRENCES

1. **Van Brabant W.** Psychologie du vice infantile. In : Lebègue J (ed.). Paris, Bruxelles : Félix Lacan, 1910.
2. **Pommereau X.** Rapport « Santé des jeunes orientations et actions à promouvoir en 2002 » avril 2002:33 p.
3. **Ferrand I, Guillet, et le Haut Comité de la santé publique.** La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Edition ENSP av du Pr. Léon-Bernard 35043 Rennes Cedex, 2000.
4. **Choquet M, Ledoux S, Hassler C.** Espad99. Inserm U472. Paris 2000.
5. **Binder Ph, Chabaud F, Balima S et al.** Nouvelles démarches épidémiologiques : une enquête issue du terrain auprès de 3 800 adolescents avec un partenariat local, régional et national. Rev Sante Publique 2001;13:367-77.
6. **Binder P.** Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ? Enquête auprès de 3 800 adolescents. Rev Prat Med Gen 2001 ; 15:1507-12. (Enquête Lycoll).
7. **Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C.** Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse. Arch Pediatr 1997;4:784-92.
8. **Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C.** Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Bugnon 17,1005 Lausanne, Suisse.
9. **Hoyois Ph, Hirsch D, Matot JP.** Suicide et tentative de suicide à l'adolescence. Situation du problème de l'investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Cahier de la Santé de la Commission communautaire française, 1998;12:64 p.
10. **URML.** Enquête sur la prise en charge des suicides et des tentatives de suicide en médecine libérale dans la région Poitou-Charente 1997-1999.
11. **Choquet M, Ledoux S.** Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospective. Paris : Inserm, 1994.
12. **McKelvey RS, Pfaff JJ, Acres JG.** The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15-24-year-old patients presenting to general practioners. Med J Aust 2001;175:550-2.
13. **De Clercq M, Vranckx A, Navarro F, Piette D.** Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale. Plate-forme de concertation pour la santé mentale de Bruxelles-Capitale; PROMES-U.L.B Bruxelles, 1996;25 p.
14. **Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D.** Adolescents : quelles portes d'entrée dans la consultation ? Centre universitaire de médecine générale-UCL Bruxelles. Rev Prat Med Gen 2003;17:1048.
15. **Narring F, Michaud PA.** Les adolescents et les soins ambulatoires. Arch Pediatr 2000;7:25-33.
16. **Rhimer Z, Rutz W, Pihlgren H.** Depression an suicide in Gotland. An Intensive study of all suicides before and after depression-training programme for general practitioners. J Affect Disord 1995;35:147-52.
17. **ANAES.** La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot. La Pitié-Salpêtrière. Paris. ANAES, 159, rue Nationale, 75640 Paris.
18. **Appleby L, Amos T, Doyle A et al.** General practitioners and young suicides: a preventive role. Br J Psychiatry 1996;168:330-3.
19. **Vegas R, Crampe J.** Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne. BEH no 22/2000.
20. **Lafay N, Fahs H, Marcelli D, Senonj L, Perivier.** Troubles dépressifs des adolescents et des post-adolescents. Résultats de deux enquêtes poitevines en population scolarisée collégienne, lycéenne et étudiante. Ann Psychiatr 1998;13: 9-15.
21. **Martunnen MJ et al.** Mental disorders in adolescent suicide : DSM-III-R axes I et II. Diagnosis in suicide among 13 to 19 years olds in Finland. Arch Gen Ppsychiatry 1991;48:834-9.
22. **Links PS, Balchand K, Dawe I, Watson WJ.** Preventing recurrent suicidal behaviour. Can Fam Physician 1999;45:2656-60.
23. **Marcelli D, Alvin P.** Médecine de l'adolescent. Paris : Masson,2000.
24. **Cremniter D, Wartel JS.** Risque suicidaire, comment l'évaluer ? Rev Prat Med Gen 1999;446:97.
25. **Otto U.** Suicide attemps in childhood and adolescence today and after ten years. A follow-up study. Acta Psychiatr Scand 1972 ; 233:5-123.
26. **Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J, Bost M.** A 5year follow-up study of suicide among French adolescents L. Adolesc Health 1998;22:424-30.
27. **Matot JP, Hirsch D.** Dix questions aux médecins généralistes sur le suicide à l'adolescence. 2002 : 35 p. Edition M.Vainsel. 60 C, avenue de la Toison d'or, 1060 Bruxelles.
28. **Alvin P, Bellaton E.** Adolescent : comment amorcer le dialogue. Rev Praticien Med Gen 2003;625:1174-7.
29. **Hamilton NG.** Suicide prevention in primary care. Careful questioning, prompt treatment can save lives. Postgrad Med 2000;108:81-4.
30. **Moula H, Mercier F-Nicoux, Velin J.** Un questionnaire, amorce de dialogue, peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Rev Prat Med Gen 2001;533:741-6.
31. **Picard V, Gerbaud L, Perthus I et al.** Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont-Ferrand. Rev Prat Med Gen 2002;573:741-6.

Prix de recherche en médecine générale 2004

# Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II)

## Audit clinique auprès de 40 généralistes

**Philippe Binder*, Francis Chabaud****

L'objectif de cette 2e partie de l'étude était d'évaluer l'apport d'un test simple de dépistage du risque suicidaire (*v.* son élaboration dans l'article précédent) à la pratique de routine des médecins généralistes. Le suicide étant un motif de consultation très exceptionnel, le médecin qui veut l'aborder doit nécessairement s'éloigner du motif initial de consultation, le plus souvent somatique. Ce cheminement était la trame même du test. L'hypothèse principale portait, d'une part sur l'augmentation significative de l'écart moyen entre le motif et le résultat de la consultation après une information brève des médecins, et d'autre part sur l'abord plus fréquent des idées ou conduites suicidaires.

## MÉTHODE

**La méthode choisie** fut un audit des pratiques cliniques avant et après la prise de connaissance par les médecins d'un outil de dépistage des adolescents à risque suicidaire.

**Les médecins inclus** devaient être des généralistes installés depuis au moins 3 ans dans un département voisin de celui du groupe de recherche (les Deux-Sèvres) tirés au sort et acceptant le principe de l'audit clinique, moyennant une indemnisation forfaitaire.

**La pratique évaluée** était l'abord clinique des adolescents (âgés de 12 à 20 ans) en pratique quotidienne de médecine générale, et son évolution (dans le sens d'un meilleur dépistage des antécédents suicidaires) après diffusion de l'outil de dépistage à des généralistes.

**Le critère de jugement principal** était l'écart entre le motif et le résultat de la consultation, avant et après information des médecins. Cet écart a été jugé d'après un questionnaire standardisé, réalisé et testé par le groupe de pilotage de l'évaluation ; il devait être rempli obligatoirement par le médecin à la suite de toute consultation d'adolescent (et non au cours), quel qu'en soit le motif, durant la période d'audit (un mois).

D'autres critères de jugement secondaires ont été pris en compte pour la période post-information : l'acceptation de la démarche d'audit clinique, l'utilisation effective du test et le dépistage effectif des problématiques suicidaires.

**La base de sondage** a été réalisée à partir du fichier ADELI, en stratifiant l'échantillon sur le sexe et l'âge (plus ou moins de 44 ans, âge moyen des généralistes de ce département) en 4 groupes et en sélectionnant les médecins exerçant et installés en médecine libérale avant octobre 1999.

L'objectif était de recruter 40 médecins au total (soit 10 au minimum pour chacune des 4 strates comportant acceptation téléphonique et signature d'un accord écrit),

*Médecin généraliste, coordonnateur du groupe ADOC, MG, Lussant 17430. Le groupe ADOC (Charente-Maritime) est composé de 17 généralistes : Drs Barrier, Bisson, Caron, Cavaro, Dezeix, Lebigre, Lecroart, Masse, Michonneau, Morillon, Prieur, Rechard, Reynaud, Sorbe, Valette, Vandier, et 3 psychiatres : Drs Arbitre, Cornuault, Vicens. phibin@wanadoo.fr ;
** Médecin épidémiologiste, directeur de l'Observatoire régional de la santé du Poitou-Charente.

## Les questions d'ouverture : TSTS

- **T**raumatologie → « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
- **S**ommeil → « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- **T**abac → « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
- **S**tress Scolaire ou Familial → 2 investigations en une formulation « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif. On s'en souviendra avec le sigle TSTS.

## Les clés de gravité : « CAFARD »

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés »

- Difficultés de Sommeil → **C**auchemars : « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »
- Antécédents Traumatiques → **A**gression : « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
- A déjà fumé du Tabac → Fumeur : « **F**umes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
- Travail scolaire avec Stress → **A**bsentéisme : « Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école ? »
- Une vie de famille tendue → **R**essenti **D**ésagréable familial « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

On s'en souviendra avec l'acronyme **CAFARD**.

**Utilisation : S'enquérir systématiquement d'antécédents d'idées ou d'actes suicidaires chez tout adolescent répondant positivement à au moins 2 questions du test (que ce soit à 2 questions du TSTS ou du CAFARD ou une à chaque niveau).**

pour espérer en avoir 25 à 30 au moins qui mèneraient l'évaluation jusqu'à son terme. Pour cela, une fois éliminés les médecins ne correspondant pas aux critères d'inclusion, 30 médecins ont été tirés au sort dans chaque strate, soit 120 afin de pallier des refus initiaux de participation.

**Un attaché de recherche clinique** indépendant (ARC) avec un profil de professionnel de communication commerciale médicale a été recruté pour réaliser le travail sur le terrain. Il a participé aux réunions de conception pour la mise au point et la validation des outils d'enquête ; il a reçu une formation spécifique par le groupe ADOC pour la présentation de l'outil qui devait être proposé au médecin dans son cabinet et sur rendez-vous.

**Le traitement des données** a été effectué par l'Observatoire régional de santé (ORS). Ont été utilisés les tests statistiques conventionnels d'analyse uni- et bivariées pour les variables qualitatives et quantitatives en comparant pour chaque médecin les échantillons avant et après information. Les données ont été traitées avec le logiciel d'épidémiologie epi-info version 6.04b du CDC d'Atlanta version française.

### Processus de l'opération

Il s'est déroulé en 3 temps.

**Phase I.** Au total, 120 médecins ont reçu un courrier avertissant d'une prise de contact prochaine de l'ARC. Il contenait une clause de refus qui a été utilisée par 8 médecins seulement. L'ARC a ensuite pris contact avec les médecins en les tirant au hasard à raison de 10 par strate et en se limitant aux 40 premiers contacts. Un seul médecin ayant refusé le rendez-vous, 39 ont pu être obtenus et 38 se sont réellement réalisés. Tous ceux qui ont été rencontrés ont accepté de participer à ce travail et ont signé une convention avec l'ORS. Tous les autres réceptionnaires du courrier ont été avertis que leur participation n'était plus nécessaire.

L'étude était présentée comme « concernant les consultations avec les adolescents en médecine générale » sans autre forme de précision, afin de ne rien modifier dans leur mode de travail. Les médecins devaient remplir, après la consultation, un questionnaire indiquant le motif d'entrée et si le résultat de consultation s'était limité à répondre au motif initial exprimé ou bien avait abordé d'autres domaines. Un indice de satisfaction et le relevé du temps de consultation étaient prévus. Le médecin devait inclure et se limiter aux 20 prochaines consultations de jeunes âgés de 12 à 20 ans.

**Phase II.** Après réception des fiches et un début d'exploitation, l'ARC a fait un 2e passage avec un courrier des organisateurs expliquant que « Les premiers résultats traités montrent que l'anxiété ou les troubles de l'humeur sont des motifs peu fréquents de consultation à l'adolescence et, d'autre part, que la recherche d'antécédents d'idées, d'envies ou d'actes suicidaires est rare, voire inexistante… ». Le courrier montrait ensuite tout l'intérêt du dépistage des idées et des actes suicidaires. L'ARC proposait alors d'utiliser l'outil « TSTS » dont il remettait une plaquette explicative et un mémo de bureau. Les médecins devaient remplir un 2e questionnaire après chacune des 20 premières consultations consécutives de jeunes âgés de 12 à 20 ans. Il était totalement similaire au premier, avec cependant quelques questions supplémentaires concernant l'utilisation du TSTS (*v.* ci-contre) et ses résultats obtenus en termes de dépistage.

**Phase III.** Après réception des fiches de la phase II, l'ARC revoyait une dernière fois chaque médecin pour un entretien semi-directif à propos de l'utilisation du test et des impressions sur l'enquête.

## RÉSULTATS

### Acceptabilité de l'enquête

Trente-huit médecins ont signé la proposition sur les 40 contactés, soit un niveau d'acceptabilité spontanée initiale de 95 %. Parmi ces 38 médecins, 33 ont effectué

complètement la phase I et 31 achevé la phase II. Au total, 78 % des 40 médecins initialement contactés ont participé jusqu'au bout à cet essai ; cela correspondait à l'hypothèse fournie au départ pour le calcul de l'échantillon minimal attendu. Les principales caractéristiques de l'échantillon final des généralistes étaient les suivantes :
– 39 % d'hommes et 61 % de femmes (tableau 1);
– un âge compris entre 30 et 60 ans soit 44,1 ans ± 2,8, en moyenne (47,5 pour les hommes et 42 pour les femmes [$p < 0,05$])) ;
– 19 % exerçaient en milieu urbain, 58 % en milieu rural et 23 % en péri-urbain ;
– 74 % exerçaient en cabinet de groupe et 26 % seuls ;
– l'activité quotidienne se répartissait comme suit : 10-20 actes = 36 % ; 21-30 actes = 39 % ; > 30 actes = 25 % ;
– enfin, 23 % des praticiens déclaraient un mode d'exercice particulier (MEP).

La qualité du remplissage des principaux items a été très satisfaisante ; le taux de réponse sur la plupart des items oscillait entre 99 et 100 %. Par ailleurs, le critère d'inclusion sur l'âge (de 12 à 20 ans) a toujours été respecté.

## Situation avant connaissance de l'outil de dépistage

Les résultats de phase I, portant sur un échantillon de 644 consultations ont montré la répartition suivante des motifs de consultation : somatiques (74,5 %) ; administratifs ou de prévention (19 %) ; psychologique (6,5 %).

Lors de la phase I, le résultat de consultation a été limité au(x) motif(s) invoqué(s) dans 63 % des cas. Quand il s'est éloigné du motif initial, le praticien abordait les problèmes liés à la scolarité et au travail, à la nutrition, à la fatigue, à l'anxiété, au stress, et à l'usage de produits toxiques (tabac, alcool, drogues…). Le médecin aurait aimé aborder d'autres questions, mais sans l'avoir fait pour 11 % des actes.

Parmi les « autres motifs » non médicaux n'apparaissait aucune préoccupation d'ordre suicidaire, et aucun médecin n'a abordé spontanément ce thème.

Si le motif de consultation était d'ordre psychologique, le médecin élargissait plus souvent le résultat de consultation (46 % contre 37 % pour un autre motif), en augmentait sa durée moyenne, sans pour autant avoir un meilleur indice de satisfaction de sa consultation, bien au contraire.

## Acceptabilité de l'outil de dépistage

Tous les médecins ont utilisé l'outil TSTS proposé pour les consultations de la phase II. Cependant, certains l'ont utilisé systématiquement, d'autres de manière plus sélective ; en moyenne, 65 % des consultations d'adolescents en ont fait l'objet :
– 97 % des consultations ayant un motif de type psychologique (6 % des consultations chez les 12-20 ans) ;

### Effectifs des médecins

| | Nombre de médecins juniors | seniors |
|---|---|---|
| Hommes | 5 | 10 |
| Femmes | 7 | 9 |

Tableau 1

### Prise en compte de l'outil de dépistage dans les consultations des médecins en phase II

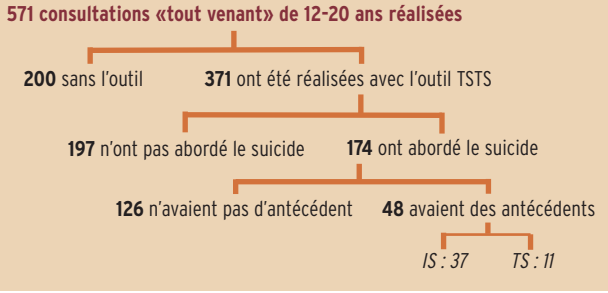


Tableau 2

### Variation de proportion des consultations à résultat différent du motif après information

| OUTIL DE DÉPISTAGE | PHASE I | PHASE II | TEST STATISTIQUE |
|---|---|---|---|
| Quand le test est non utilisé : | n = 644 | n = 200 | |
| % des consultations à résultat différent du motif | 36,3 % | 20,0 % | ns |
| Quand le test est utilisé : | * | n = 371 | |
| % des consultations à résultat différent du motif | * | 51,8 % | $p < 10\text{-}5$ |

Tableau 3 ** absence de test disponible en phase 1.*

### Variation de proportion de l'indice de satisfaction du médecin après information

| INDICE DE SATISFACTION DU MÉDECIN | PHASE I | PHASE II |
|---|---|---|
| Quand le résultat est conforme au motif | 7,3 | 7 |
| Quand le résultat est différent du motif | 7,3 | 7,5 |
| Test statistique | ns | $p < 0,003$ |

Tableau 4

## Répartition de fréquence des symptômes de 1er et 2e niveau

| Symptômes 1er niveau (TSTS) | Nbre total de réponses à la question | % de oui | Symptômes 2e niveau (cafard) | Nbre total de réponses à la question | % de oui |
|---|---|---|---|---|---|
| Traumato | 352 | 30 | agression | 275 | 21 |
| Sommeil | 366 | 45 | cauchemar | 283 | 30 |
| Tabac | 355 | 55 | fume tous les jours | 286 | 37 |
| Stress scolaire | 364 | 51 | absentéime | 292 | 25 |
| Stress familial | 354 | 36 | ambiance désagréable | 284 | 28 |

Tableau 5

## Répartition en effectif croisé des symptômes de 1er et 2e niveau (N = 371)

| 2E NIVEAU (GRAVITÉ) 1ER NIVEAU (FILTRE) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 53 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 57 |
| 1 | 63 | 30 | 3 | 1 | 0 | 0 | 97 |
| 2 | 31 | 34 | 8 | 1 | 0 | 0 | 74 |
| 3 | 12 | 21 | 14 | 14 | 6 | 0 | 67 |
| 4 | 4 | 8 | 7 | 12 | 13 | 0 | 44 |
| 5 | 11 | 1 | 4 | 4 | 4 | 8 | 32 |
| TOTAL | 174 | 97 | 37 | 32 | 23 | 8 | 371 |

Tableau 6

– 65 % des consultations ayant un motif de prévention ou administratif (19 % des consultations chez les 12-20 ans) ;
– 56 % des consultations ayant un motif purement somatique (75 % des consultations chez les 12-20 ans).

Le thème suicidaire a été abordé chez 30 % (174/571) des consultants de phase II, soit environ la moitié des consultations avec outil (tableau 2). Notons qu'à chaque fois, l'outil de dépistage avait été utilisé.

Lors de l'entretien de phase III en fin d'étude, 87 % des médecins ont déclaré qu'ils étaient globalement satisfaits de l'amélioration des entretiens cliniques permise par cet outil. De plus, 74 % ont estimé qu'il était plus facile d'aborder le sujet des tentatives de suicide avec les jeunes et que cela était utile.

### Pertinence de l'outil de dépistage...

... **Sur l'écart motif-résultat.** Le critère de jugement principal était basé sur la variation du taux de réponse à la question : « le résultat de la consultation est-il limité au motif initial exprimé ? » entre les phases I et II. En effet, l'intérêt de l'outil est d'amener au moins le médecin à s'écarter du motif initial de consultation. En phase I, le pourcentage des résultats de consultation différent du motif était de 36 %. Quand l'outil de dépistage a été utilisé, ce pourcentage est passé à 52 % (n = 371), différence significative avec la phase I ($p < 10^{-5}$). Cependant, quand l'outil de dépistage n'a pas été utilisé en phase II, le pourcentage d'écart motif-résultat tombe alors à 20 % (n = 200) et sa variation n'est plus significative (tableau 3).

Quand le résultat de consultation était différent du motif, l'indice de satisfaction du médecin a été nettement amélioré entre les phases I et II (tableau 4). Ce qui montre l'intérêt d'un outil l'aidant en ce sens.

... **Sur le dépistage des conduites suicidaires.** Les résultats de la phase I montrent que les motifs de consultation ne concernaient jamais de comportements suicidaires, et que le médecin cherchait parfois (36 %) à élargir le champ de l'entretien, mais sans avoir pour autant les moyens de le faire.

En phase II, 65 % des jeunes (371) ont été interrogés par les questions « filtres » du test : traumatologie, sommeil, tabac, stress scolaire et stress familial ; 15,4 % d'entre eux ne comportaient aucun de ces symptômes. Parmi les 314 autres jeunes, les problèmes les plus souvent rencontrés étaient le tabagisme et le stress scolaire (tableau 5).

Parmi les jeunes ayant au moins un signe positif parmi les questions d'ouverture (tableau 6):
– 33 % (121) n'avaient pas de signe de gravité ou celui-ci n'a pas été recherché ;
– 52 % (193) avaient au moins une question « filtre » positive et un signe de gravité (agression, cauchemar, fume tous les jours, absentéisme, ambiance familiale) ;
– 27 % (99) avaient au minimum 2 signes de gravité et une question « filtre » positive.

Au final, la question du suicide a été abordée chez 174 jeunes adolescents de manière directe (alors que théoriquement elle aurait dû être abordée dans 222 situations [au moins 2 réponses positives] soit dans 78 % des situations) ; 48 d'entre eux ont alors déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires, dont 11 avaient également au moins un antécédent d'acte suicidaire.

### Modalités d'application de l'outil selon les médecins

Si le pourcentage global de dépistage des conduites suicidaires était de 13 % (48/371), il variait selon les médecins dans une fourchette allant de 0 à 50 %. Il paraît donc intéressant de chercher à mettre en évidence des facteurs « explicatifs ». L'hypothèse à vérifier est l'existence de différences de pratiques et de comportements selon l'âge et le sexe du médecin. Pour cela, nous avons réalisé une comparaison des différents indicateurs selon la stratification utilisée pour la constitution de l'échantillon : médecins hommes et médecins femmes, de moins de 45 ans (« juniors »), et de plus de 44 ans (« seniors »). Certains médecins ont-ils accepté et appliqué l'outil plus

que d'autres ? Le dépistage a-t-il été plus appliqué chez certains médecins, et cela a-t-il permis d'améliorer la connaissance des idées et conduites suicidaires ? Cela a-t-il eu une influence sur les durées de consultation ou sur le sentiment de satisfaction ? (tableau 7)

**L'acceptation de l'outil** reste semblable dans chaque strate.

**Pertinence.** La comparaison entre les strates montre que les hommes seniors et les femmes juniors ont le plus souvent ouvert le champ de la consultation. La différence est statistiquement significative. La comparaison des évolutions observées entre les phases I et II montre que seuls les médecins seniors, hommes et femmes, ont évolué dans le sens de l'hypothèse de départ, soit une augmentation du pourcentage de consultations comportant un écart entre le résultat et le motif de consultation.

**Amélioration du dépistage.** Les médecins masculins abordaient plus facilement le thème du suicide que les femmes et, parmi eux, les juniors plus que les seniors. Les différences selon les groupes variaient de 19 à 50 % ; elles sont significatives. Par contre, il n'a pas été observé de différences dans la fréquence des dépistages positifs selon les groupes.

**Durées de consultation :**
– globalement, les durées de consultation étaient équivalentes en phase II et en phase I (16 minutes) ; mais les durées étaient en moyenne moins importantes chez les hommes que chez les femmes, et parmi eux chez les plus jeunes ;
– quand le médecin élargissait le champ de la consultation, la durée augmentait à 18 minutes et demie quelle que soit la phase ;
– en cas de dépistage positif, la durée de consultation augmentait à 20 minutes, mais avec des différences importantes selon les groupes (moins de 15 minutes chez les hommes juniors, près de 23 minutes chez les femmes seniors).

## Impressions des médecins

Une analyse par un entretien semi-directif auprès des 23 premiers médecins disponibles fait apparaître que :
– 40 % ne seraient pas venus à une réunion en soirée proposant cette étude, 26 % auraient refusé de remplir les questionnaires si le travail avait été bénévole, tous ont estimé positif le principe du délégué médical de santé publique ;

### Comparaison des résultats selon les caractéristiques médecins

| CRITÈRES | VARIABLES | < 45 ANS : "JUNIORS" | | > 44 ANS : "SENIORS" | | TEST STATISTIQUE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | HOMMES | FEMMES | HOMMES | FEMMES | |
| Acceptation de l'outil | % de questions avec TSTS | 70 | 69 | 61 | 61 | ns |
| Écart motif-résultat (P2) | % questions avec écart | 26 | 44 | 50 | 33 | ** |
| Écart motif-résultat (P1) | % questions avec écart | 35 | 43 | 38 | 26 | ** |
| Suicide abordé | % de questionnaires dans lequel le suicide a été abordé | 50 | 33 | 41 | 19 | *** |
| Dépistage positif | % de réponses positives à la question sur les idées suicidaires | 7 | 10 | 13 | 7 | ns |
| Indice de satisfaction | Indice moyen | 6 | 6,9 | 7 | 8,3 | *** |
| Durée de consultation | Durée moyenne (min) | 12,5 | 17,8 | 15,7 | 18,8 | *** |
| Durée si dépistage + indice de satisfaction si écart motif-résultat (P2) | Durée moyenne (min) | 14,6 | 21,3 | 18,3 | 22,9 | *** |
| | Indice moyen | 6,5 | 7 | 7,7 | 8,3 | *** |
| Indice de satisfaction si écart motif-résultat (P1) | Indice moyen | 6,3 | 6,9 | 7,9 | 8 | *** |
| Écart motif-résultat selon le sexe de l'adolescent | masculin | 30 | 45 | 55 | 30 | ** |
| | féminin | 26 | 44 | 43 | 36 | ns |
| Dépistage positif selon le sexe de l'adolescent | masculin | 7,7 | 6,7 | 3,9 | 2 | ns |
| | féminin | 3,8 | 11,9 | 20,7 | 10,4 | ns |

**Tableau 7** P1 : phase I ; P2 : phase II ; ns : non significatif ; ** : p < 0,01, test khi2 : significatif à 1 % ; p < 0,001, test significatif à 1‰

– tous les médecins ont lu le document remis, 57 % d'entre eux y ont appris quelque chose, 35 % ont été confortés dans leurs connaissances, 78 % ont jugé que l'intégralité des questions était facile à retenir ;
– 74 % des médecins ont indiqué qu'il leur était plus facile dorénavant d'aborder le sujet du suicide avec les jeunes et que ce test leur avait été utile ; pour 26 % d'entre eux, cela n'a rien changé ;
– 87 % des médecins ont estimé que le test leur avait permis d'améliorer la qualité des entretiens cliniques ;
– 39 % en ont parlé spontanément à un confrère, et 44 % l'utilisaient encore hors enquête et hors de toute consigne lors de la dernière consultation avec un adolescent.

## DISCUSSION

### Méthode

La démarche faite par l'ARC auprès de chaque médecin, tel un visiteur médical de santé publique, a montré ici tout son intérêt. Outre l'importance de ce contact direct personnalisé, l'acceptabilité excellente de l'enquête par les généralistes est aussi liée à l'indemnisation proposée, et au type de proposition associant un groupe de généralistes ayant déjà réalisé une étude dans ce domaine, un référent universitaire et un épidémiologiste régional. En effet, 72 % des médecins contactés par téléphone ont terminé les 2 phases de l'enquête. Ce taux peut être considéré comme particulièrement élevé pour un travail partant d'un échantillon de 40 médecins tirés au sort dans un fichier départemental. Par ailleurs, un taux d'abandon limité à 6 % en phase II peut être considéré comme faible et montre l'intérêt soutenu des médecins. Cette qualité de recueil est illustrée par la forte similitude entre les données des motifs initiaux de consultations de cette enquête et les données de référence. En effet, la comparaison avec les données de référence nationale (enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) IMS-*Health* et Credes 2001) des motifs de consultation montre, à âge et sexe comparables, des fréquences superposables (Credes 2001 : motif somatique = 75 % ; administratif = 19 % ; psychologique = 6 % ; et dans notre enquête respectivement : 74,5 %, 19 %, 6,5 %).

La phase I a mis en évidence qu'un écart entre le motif et le résultat de consultation entraîne un allongement de la durée de l'entretien, sans toutefois améliorer l'indice de satisfaction. Cela souligne la difficulté rencontrée par les médecins pour aborder des thèmes particulièrement délicats et non somatiques chez les adolescents.

### Ce test améliore le contact avec l'adolescent

L'hypothèse principale selon laquelle le contact avec l'adolescent au cours de la consultation était facilité en phase II par l'utilisation de l'outil de dépistage est vérifiée, mais uniquement sous condition de son usage. En effet, si l'outil a modifié nettement l'orientation de la consultation dans laquelle il a été utilisé, il n'a pas eu à ce stade des effets de « contagion » sur les autres consultations où il n'était pas utilisé. Il n'est donc pas étonnant que l'utilisation de l'outil ait apporté un supplément de satisfaction, mais surtout pour les consultations élargies par rapport au motif.

**Temps de consultation non allongé.** Un aspect intéressant de son ergonomie en médecine générale est que son usage n'a pas allongé le temps de consultation, sauf en cas de dépistage positif.

**85 % des jeunes interrogés ont été concernés par au moins une question d'ouverture** avec, pour la moitié d'entre eux, un critère de gravité. Cependant, les questions du TSTS semblent plus adaptées au dépistage des antécédents suicidaires des adolescentes qu'à ceux des adolescents, bien que toutes les différences soient statistiquement significatives. De toute façon, l'intérêt du processus présenté n'est pas tant dans la pertinence de son déterminisme que dans le soutien apporté au médecin pour cerner rapidement une situation, et ce en toutes circonstances.

**Une utilisation non systématique**. Cependant, un tiers des jeunes n'ont pas été interrogés. Les médecins ont donc utilisé le test de manière discriminante. Ont-il fait spontanément une sélection en estimant que certains n'étaient sûrement pas concernés par ces problèmes ou bien n'en ont-ils pas eu tout simplement le temps ou l'opportunité ? La confrontation avec les données connues sur ces symptômes en population générale fait pencher pour la première hypothèse, car les taux sont ici nettement plus élevés dans le test TSTS ou dans le CAFARD que ceux observés en population générale de jeunes âgés de 12 à 18 ans (troubles du sommeil : ici, 45 % et en population générale : 32 % ; cauchemars : ici, 23 % et en population générale : 10 %).

**Le suicide abordé une fois sur trois.** L'important est que parmi l'ensemble des consultants âgés de 12 à 20 ans tout-venant, et même avec une utilisation partielle du test, la question du suicide a été abordée chez plus de 30 % (174/571) d'entre eux, et le dépistage d'antécédents suicidaires réalisé chez 8,5 % (48/571). Cependant, les médecins étaient, dans le contexte d'une étude, avec une rémunération à la clé pour le renvoi de leurs données. Si cet aspect ne peut pas modifier les prévalences des motifs, elle peut majorer la fréquence d'utilisation du TSTS et donc les résultats. Il serait particulièrement intéressant de réaliser un travail spécifique de l'impact d'une information en dehors du contexte d'une étude ou d'un enjeu financier.

**Une utilisation différente selon l'âge et le sexe du médecin.** Les médecins de cette étude semblent s'être impliqués chacun différemment ; quelques spécificités significatives se dégagent des échantillons stratifiés :
– les médecins seniors, hommes ou femmes, évoluent davantage entre les phases I et II pour dépasser le motif initial de consultation ; parallèlement, ils déclarent des indices de satisfaction plus élevés que les jeunes médecins ;

– les médecins hommes se dégagent plus facilement que les femmes du motif de consultations avec les adolescents garçons ; ils abordent plus volontiers que leurs consœurs le thème du suicide dans leurs entretiens, même si la durée moyenne de leurs consultations est inférieure ;
– les médecins hommes juniors ont beaucoup plus souvent utilisé le test mais leurs consultations, en général plus brèves que celles des autres, les amènent à élargir moins souvent le champ de leurs entretiens. Le thème du suicide a ainsi été souvent abordé, mais sans obtenir de réponse positive, soit que leur clientèle ait moins ce problème, soit qu'elle désire le cacher ;
– les médecins femmes seniors ont des durées de consultation plus longues mais s'écartent moins souvent du motif et d'ailleurs abordent moins souvent le thème du suicide que les autres médecins. Elles semblent s'en satisfaire car leur indice est le plus élevé.

**Des inconnues persistent.** Il sera certainement utile de prendre en compte ces remarques pour les modes de communication du test aux médecins. Mais il reste deux principales inconnues : ces avancées sur l'attention au mal-être des adolescents et le dépistage des tendances suicidaires tiendront-elles dans le temps ? Sont-elles exportables à une communication faite en dehors d'une étude ? Cela devra nécessairement faire l'objet d'un travail complémentaire.

## CONCLUSION

Le test « TSTS » proposé dans cette étude, met suffisamment à l'aise le praticien pour qu'il puisse aborder la question du suicide avec les adolescents à partir d'indices simples. L'audit pratiqué sur l'usage de ce test souligne la très bonne acceptabilité par le praticien « non préparé » et son efficacité pour dépister les antécédents suicidaires. Son utilisation entraîne une amélioration significative de l'ouverture de la consultation à des préoccupations différentes du motif initial.

Ainsi, le dépistage des comportements ou antécédents suicidaires est possible en consultation et cela quel qu'en soit le motif initial. Il paraît donc particulièrement utile de faire connaître cette méthode aux médecins généralistes. Cependant, son succès ne peut se développer sans l'élaboration à court terme d'un référentiel sur l'attitude nécessaire à adopter lors de la mise en évidence d'un problème suicidaire actuel ou ancien.

Cette condition est essentielle pour que le médecin généraliste se sente à l'aise dans la prise en compte des difficultés existentielles qu'il met à jour chez l'adolescent. C'est le travail que nous développons actuellement. ■


**SUMMARY To detect teenagers' suicide behaviour. Elaboration of a test and its validation (II)**

**Context :** General practitioner is used to be consulted by teenagers who have already had suicide ideas or attempted suicide and who were not been taking care for. The most of the time the GP doesn't know their antecedents; but as they are at risk to do it again, it's important to detect them.
**Objective :** to elaborate and to validate a test to detect teenagers' suicide behaviour.
**Method :** after participating to a survey (Lycoll) which included 3 872 teen-agers, 17 GPs and 3 psychiatrists (ADOC) created a screening test to be used by GPs. It was a questionnaire, named TSTS, with 4 questions completed by 5 items to explore the troubles' severity. Then, this test has been experienced among 38 GPs who didn't know it before. This study has been done as a clinical audit. Each physician has been visited by a research clinical assistant who had been taught for it, to estimate the screening of suicide ideas or attempted suicide before and after taking knowledge of the test.
**Results :** results indicate a very good acceptability of this screening tool which has been used for 60% of teenagers' office visits. It allowed to guide a large number of visits towards preoccupations which were different from the initial one and to detect suicide antecedents among 13% teenagers "tested" among whom 2/3 had already seen a GP.
**Conclusion :** this test is recommended to GPs in usual practice to detect teen-agers at suicide risk.

*Rev Prat 2007 ; 57 : 1187-99*



**RÉSUMÉ Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II)**

**Contexte :** le généraliste est régulièrement consulté par des adolescents ayant eu des idées ou des actes suicidaires non pris en charge. Leurs antécédents sont le plus souvent ignorés du médecin ; mais comme ils sont des facteurs de passage à l'acte, il est important de les dépister.
**Objectif** : concevoir un test et valider son usage pour dépister les conduites suicidaires des adolescents.
**Méthode :** après avoir participé à une enquête (Lycoll) organisée auprès de 3 872 adolescents de 3e et de 2de, puis analysé les résultats, un groupe de 17 généralistes et de 3 psychiatres (ADOC) a conçu un test de dépistage et son argumentaire destiné aux médecins libéraux. Il s'agissait d'un questionnaire appelé « TSTS » composé de 4 questions complétées de 5 items clés de gravité. Ce test a été expérimenté auprès de 38 généralistes tirés au sort dans un département voisin afin d'évaluer son efficacité. Ce travail a été effectué par le biais d'un audit clinique mené par un organisme indépendant. Chaque médecin a fait l'objet de plusieurs visites individualisées par un attaché de recherche clinique ayant reçu une formation, pour évaluer le dépistage des idées ou des actes suicidaires avant et après connaissance du test.
**Résultats :** les résultats montrent une excellente acceptabilité de cet outil de dépistage qui a pu être utilisé dans 60 % des consultations tout-venant. Son utilisation a permis d'orienter un grand nombre de consultations sur des préoccupations éloignées du motif initial et de dépister des antécédents suicidaires chez 13 % des adolescents « testés » dont les 2/3 avaient pourtant déjà été vus par le généraliste. L'utilisation de ce test a été variable selon le profil du médecin.
**Conclusion :** ce test est proposé aux médecins généralistes en pratique quotidienne pour dépister les adolescents à risque suicidaire.



*Philippe Binder déclare avoir participé à une formation pour le Laboratoire Lunabeck en novembre 2005.*